

**MÉDICOS  
POR LA SEGURIDAD VIAL**

Trastornos  
mentales  
y de la conducta

**12**



## ÍNDICE

1. NEUROSIS DE ANSIEDAD Y SU INFLUENCIA EN LA CONDUCCIÓN .....	3
2. NEUROSIS FÓBICA Y SU REPERCUSIÓN AL VOLANTE .....	6
3. TRASTORNOS NEURÓTICOS OBSESIVOCOMPULSIVOS Y POR CONVERSIÓN, ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y SU REPERCUSIÓN EN EL CONDUCTOR .....	8
4. TRASTORNOS POR SOMATIZACIÓN E HIPOCONDRIA, Y SU INFLUENCIA EN LA CONDUCCIÓN .....	11
5. TRASTORNOS POR DÉFICIT DE ATENCIÓN, SÍNDROME DE TOURETTE Y SU INFLUENCIA EN LA CONDUCCIÓN .....	13
6. EL CONDUCTOR DEPRESIVO AL VOLANTE .....	16
7. EPISODIO MANIACO, TRASTORNO BIPOLAR Y SU REPERCUSIÓN AL VOLANTE .....	18
8. ESQUIZOFRENIA, ENFERMEDAD PARANOIDE Y SUS LIMITACIONES EN LA CONDUCCIÓN .....	20
9. CONDUCTA SUICIDA Y SU INFLUENCIA EN LA CONDUCCIÓN .....	22



## 1. NEUROSIS DE ANSIEDAD Y SU INFLUENCIA EN LA CONDUCCIÓN

### 1. NEUROSIS DE ANSIEDAD Y SU INFLUENCIA EN LA CONDUCCIÓN

Las enfermedades mentales no deben considerarse de manera diferente a otras patologías, ya que un gran número de personas que las padecen pueden llevar una vida normal, siempre y cuando cuenten con los recursos necesarios.

Las enfermedades mentales de carácter grave y crónico afectan en España aproximadamente al 1% de la población.

El 8,4% de los españoles declaran padecer depresión, problemas nerviosos o dificultades para dormir.

Las neurosis cursan con síntomas específicos según el tipo, pero sin modificaciones importantes en la función mental, ni alteraciones graves en los procesos cognoscitivos o perceptivos.

#### NEUROSIS DE ANSIEDAD

Es el trastorno neurótico que se caracteriza por ansiedad crónica no realista, a menudo acentuada por episodios agudos de ansiedad o de pánico.

El estrés emocional a menudo provoca la ansiedad. El desencadenante es menos evidente cuando los impulsos emocionales internos causan conflicto, porque las defensas psicológicas los apartan de la conciencia del individuo.

La ansiedad es un síntoma de todas las enfermedades psiquiátricas, pero se presenta aisladamente o como síntoma primario en las neurosis de ansiedad.

#### CRISIS AGUDA DE ANSIEDAD O TRASTORNO POR ANGUSTIA

Es de las experiencias vitales más dolorosas. Puede ocurrir de forma repetida durante un periodo y son autolimitadas, persistiendo desde unos pocos minutos hasta 1-2 horas.

El paciente siente terror sin razón evidente y un temor imposible de identificar en el entorno, que le impide temporalmente el pensamiento racional. Puede referir una sensación de pérdida de contacto con las personas y objetos del entorno.

Se asocia a síntomas somáticos característicos como taquicardia, palpitaciones, extrasístoles y dolor precordial punzante.

Son frecuentes los temblores, la sudoración, los movimientos intestinales, los mareos, la debilidad motora generalizada y la sensación de falta de aire con rigidez de extremidades y parestesias en manos y pies. A veces, hay náuseas y diarreas.

Todos estos síntomas secundarios complican la ansiedad del paciente provocándole la sensación de pérdida de conciencia inminente o muerte.

El tabaco puede provocar un ataque de pánico. Las inexplicables sensaciones de náuseas y falta de aire, así como el repentino y desesperado temor de morirse que caracterizan un ataque de pánico, podrían deberse en algunos casos al consumo de tabaco.



## 1. NEUROSIS DE ANSIEDAD Y SU INFLUENCIA EN LA CONDUCCIÓN



Los fumadores son entre dos y cuatro veces más proclives a padecer ataques de pánico que las personas que no han fumado nunca o que han dejado de fumar.

Las personas con enfermedades pulmonares corren un riesgo aún mayor, pues sufren seis veces más ataques de pánico que los no fumadores.

Hay estudios que demuestran una relación causal entre el consumo de tabaco y los ataques de pánico en la población general.

### ANSIEDAD CRÓNICA

Los síntomas son similares a los de las crisis agudas de ansiedad, aunque menos intensos y de mayor duración, persistiendo días, semanas o meses.

El paciente nota tensión, inquietud, tendencia al enfado e incomodidad laboral o con otras personas, con incertidumbre de su futuro, y acompañado de fatiga crónica, cefalea, insomnio y síntomas vegetativos.

El cuadro clínico no incapacita, pero produce incomodidad permanente en las actividades diarias incluida la conducción, con fatiga y dificultad en la concentración y el consiguiente riesgo de accidente de tráfico o laboral en el uso de maquinaria.

La ansiedad leve tiende a ser crónica, presentando crisis agudas de frecuencia e intensidad variables.

### Tratamiento

Es recomendable la psicoterapia profunda, de apoyo y las técnicas de relajación.

Los medicamentos como las benzodiacepinas que reducen la respuesta al estrés son útiles, siempre que se asocien a psicoterapia.

Las crisis de angustia responden mejor a los antidepresivos tricíclicos y a los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO). El alprazolam y clonazepam también son eficaces en las crisis de angustia.

### Consejo sobre neurosis de ansiedad, crisis aguda de ansiedad o trastorno por angustia y ansiedad crónica

- ▶ Con un trastorno por angustia no se puede conducir.
- ▶ Los pacientes deben conocer los efectos secundarios en la conducción de todos los medicamentos prescritos, pues la mayoría producen somnolencia y lentitud en la capacidad de reacción.
- ▶ Las reacciones adversas son más frecuentes en la primera semana de tratamiento, por lo que en muchos casos se desaconseja la conducción en este periodo.
- ▶ Es aconsejable intentar que el horario de la toma de medicamentos se realice con la mínima interferencia en los trayectos habituales del paciente.
- ▶ El paciente tiene que saber que no debe conducir de noche y que no puede beber alcohol en ningún caso.

## 1. NEUROSIS DE ANSIEDAD Y SU INFLUENCIA EN LA CONDUCCIÓN



- ▶ Si conduciendo comienza con síntomas conocidos de ansiedad o angustia, debe parar el vehículo y pedir ayuda. No puede forzar la conducción, pues el riesgo de perder el control del vehículo es muy alto.
- ▶ Es importante que el paciente sepa que, aunque se encuentre bien, no debe conducir solo, sobre todo en viajes largos o en recorridos no habituales.
- ▶ Una persona de confianza que conozca su problema y pueda prestarle ayuda es un buen compañero de viaje para poder conducir con más tranquilidad.
- ▶ El tabaco es perjudicial, pero mucho más en los pacientes con neurosis de ansiedad, por lo que se les recomienda dejar de fumar, y si no lo consiguen, por lo menos que no fumen cuando conduzcan.
- ▶ Por tanto, es recomendable incorporar los consejos médicos para la prevención de los accidentes de tráfico a todos los pacientes con alteraciones mentales o de la conducta, pues los que no son conductores, son peatones, y todos tienen mayor riesgo de sufrir un accidente por su dolencia o tratamiento recomendado.

## 2. NEUROSIS FÓBICA Y SU REPERCUSIÓN AL VOLANTE

Es el trastorno neurótico fóbico que se caracteriza por la presencia de temores irracionales y exagerados hacia objetos, situaciones o funciones corporales, que no son peligrosas ni la fuente real de la ansiedad.

El paciente se defiende mediante la maniobra de evitación del objeto que le provoca la aparición de ansiedad dolorosa.

El simple pensamiento del objeto fóbico es suficiente para producir ansiedad, y el acercamiento real al estímulo fóbico produce un incremento en la ansiedad que llega al pánico.

La huida del estímulo fóbico limita su vida cotidiana, por incapacidad en el desarrollo de las actividades habituales.

### AGORAFOBIA

Es el temor a lugares públicos abiertos o a las multitudes, y es el más frecuente de los trastornos fóbicos. Las actividades del individuo están muy limitadas.

A menudo, se inicia con crisis súbitas de angustia en un espacio público. Puede disminuirse la crisis si el paciente se encuentra acompañado de alguien con estrecha relación con él.

### FOBIA SIMPLE

Es el temor irracional hacia un objeto o situación, como animales, espacios cerrados, alturas o la oscuridad. Si el objeto o situación es fácilmente evitable, no produce incapacidad grave.

En ocasiones, los pacientes fóbicos pueden mostrarse deprimidos debido a su incapacidad para vencer su evitación fóbica, que al ser secundario a la propia neurosis, mejora cuando ésta se controla.

### AMAXOFOBIA

La amaxofobia, o incapacidad para conducir por miedo, la padecen el 33% de los españoles. Afecta casi al doble de mujeres (64%) que de hombres (36%). El 6% presenta un miedo paralizante que le impide coger el coche.

Factores determinantes en las mujeres son el agobio por la forma de conducir de los demás y el estado emocional y psicológico propio. Sin embargo, los hombres lo relacionan más con el consumo de alcohol, que les merma sus capacidades y habilidades físicas.

En un 40% de los hombres el temor es por haber sufrido un accidente de tráfico previo o haberlo presenciado. En las mujeres este dato sólo influye en el 25%.



## 2. NEUROSIS FÓBICA Y SU REPERCUSIÓN AL VOLANTE



Si el temor a coger los mandos del vehículo inmoviliza al conductor, el problema se ha convertido en una fobia que puede causar ansiedad, angustia, pesadillas anteriores y posteriores al viaje, sudoración de las manos, temblor, ideas negativas e irracionales, visualización de accidentes, etc.

La amaxofobia puede y debe tratarse para poder conducir con tranquilidad y seguridad.

### Evolución y tratamiento

Las fobias tienen una evolución crónica con exacerbaciones y remisiones. Es poco probable la remisión en la agorafobia y en aquellas fobias con síntomas estables durante más de un año.

El tratamiento puede requerir psicoterapia de orientación cognitivo-conductual profunda y terapia de la conducta.

Los tranquilizantes menores como las benzodiazepinas son útiles para reducir la intensidad de la ansiedad de anticipación, permitiendo al paciente enfrentarse mejor al estímulo fóbico.

Las crisis de angustia se controlan mejor con antidepresivos tricíclicos, IMAO y las benzodiazepinas alprazolam y clorazepam.

### Consejo sobre agorafobia, fobia simple y amaxofobia

- ▶ Las fobias pueden y deben tratarse para poder conducir con tranquilidad y seguridad.
- ▶ Mientras persistan las manifestaciones clínicas de angustia, no se puede conducir.
- ▶ Los pacientes conductores deben conocer los efectos secundarios en la conducción de todos los medicamentos prescritos, pues la mayoría producen somnolencia y lentitud en la capacidad de reacción.
- ▶ Las reacciones adversas son más frecuentes en la primera semana de tratamiento, por lo que en muchos casos se desaconseja la conducción en este periodo.
- ▶ Es importante que el horario de la toma de medicamentos se realice con la mínima interferencia en los trayectos habituales del paciente.
- ▶ El paciente tiene que saber que no debe conducir de noche y que no puede beber alcohol en ningún caso.
- ▶ Si al conducir comienza con síntomas conocidos de ansiedad o angustia, debe parar el vehículo y pedir ayuda. No puede forzar la conducción, pues el riesgo de perder el control del vehículo es muy alto.
- ▶ El paciente debe saber que, aunque se encuentre bien, no debe conducir solo, sobre todo en viajes largos o en recorridos no habituales.
- ▶ Una persona de confianza que conozca su problema y pueda prestarle ayuda es un buen compañero de viaje para poder conducir con más tranquilidad.

### 3. TRASTORNOS NEURÓTICOS OBSESIVOCOMPULSIVOS Y POR CONVERSIÓN, ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y SU REPERCUSIÓN EN EL CONDUCTOR

#### NEUROSIS OBSESIVOCOMPULSIVA

Es el trastorno caracterizado por la presencia de ideas y fantasías recurrentes llamadas obsesiones, o acciones repetitivas llamadas compulsiones, que el paciente reconoce como enfermizo y hacia los que siente una fuerte resistencia interna.

La ansiedad es la característica central y surge en respuesta a pensamientos derivados del interior, que teme efectuarlos de forma activa, aunque no quiera hacerlo.

El paciente reconoce que las ideas son falsas y sin sentido, pero le obligan a gastar mucha energía para resistirse y barrerlas de su mente, volviendo a aparecer y renovando la lucha.

La psicoterapia profunda y la terapia de la conducta pueden permitir que los pacientes lleven a cabo las tareas cotidianas con más comodidad.

Los antidepresivos tricíclicos y los IMAO parece que mejoran las obsesiones y los rituales. La clomipramina, la fluoxetina y la fluvoxamina mejoran los síntomas obsesivocompulsivos, incluso en ausencia de depresión manifiesta.

#### TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Es la alteración neurótica producida por la exposición a un estrés ambiental desbordante, con vivencia repetida del episodio traumático, embotamiento emocional y estado de ánimo disfórico.

La rememoración puede producirse a través de pesadillas o estados disociados de conciencia, en los que el paciente revive la experiencia traumática como si estuviera sucediendo.

Presentan una base de ansiedad crónica, insomnio, dificultad en la concentración o alteración de la memoria, con pérdida del interés en los objetivos, y desconexión y embotamiento en la respuesta a las personas, objetos y acontecimientos que le rodean.

A menudo, el paciente es emocionalmente lábil, irritable, inquieto y tembloroso, con posibilidad de conducta violenta. A veces, abusan del alcohol o drogas buscando disminuir su doloroso estado interno de hiperexcitación.

La forma aguda de aparición rápida es con frecuencia autolimitada, desapareciendo los síntomas espontáneamente en 6 meses.

En otros casos, la alteración sigue un curso crónico que dura meses o años, con incapacidad significativa y recuperación retrasada por la ganancia secundaria asociada a la compensación recibida por experiencia traumática.

El tratamiento se dirige a mejorar los síntomas de hiperexcitación y ansiedad, mediante técnicas de relajación, terapia de la conducta y psicoterapia.





### 3. TRASTORNOS NEURÓTICOS OBSESIVOCOMPULSIVOS...



Los medicamentos ansiolíticos y antidepresivos son recomendables, pero son pacientes que tienden a desarrollar dependencia, por lo que se indica en periodos cortos.

#### NEUROSIS HISTÉRICA

El trastorno neurótico de conversión se caracteriza por una amplia variedad de síntomas somáticos y mentales producidos por la disociación.

La disociación es un proceso en el que se pierden contenidos mentales internos específicos del estado consciente y dejan de ser disponibles al recuerdo voluntario.

Casi todos los síntomas de enfermedad orgánica pueden ser simulados según una base histérica, siendo característicos los síntomas sensitivomotores. Pueden producirse alucinaciones visuales y auditivas.

Son frecuentes la debilidad y la parálisis de grupos musculares. Es característica la distribución en manos y pies de las alteraciones motoras y sensoriales, y es común la hemianestesia completa.

El proceso disociativo puede provocar diversas alteraciones de la conciencia, como sonambulismo, amnesia de un periodo de varias horas a varias semanas, amnesia anterógrada de todos los acontecimientos según ocurren y, en ocasiones, fuga y personalidad múltiple.

Es una enfermedad crónica que requiere psicoterapia continuada y apoyo familiar y médico.

#### Consejo sobre neurosis obsesivocompulsiva

- ▶ Si el paciente neurótico sufre ideas obsesivas y comportamientos compulsivos que interfieren con la conducción, se le desaconseja conducir hasta que los síntomas se encuentren controlados y no le resten seguridad al volante.
- ▶ La ansiedad no controlable disminuye la capacidad al volante y no se puede conducir.
- ▶ Los pacientes conductores deben conocer los efectos secundarios en la conducción de todos los medicamentos prescritos, pues la mayoría producen somnolencia y lentitud en la capacidad de reacción.
- ▶ Las reacciones adversas son más frecuentes en la primera semana de tratamiento, por lo que en muchos casos se desaconseja la conducción en este periodo.
- ▶ Es importante que el horario de la toma de medicamentos se realice con la mínima interferencia en los trayectos habituales del paciente.
- ▶ El paciente tiene que saber que no debe conducir de noche y que no puede beber alcohol en ningún caso.

#### Consejo sobre trastorno por estrés postraumático

- ▶ Los pacientes que pierden el interés en sus objetivos, con desconexión y embotamiento en la respuesta a las personas, los objetos y acontecimientos que le rodean, no pueden conducir.
- ▶ Si el enfermo es emocionalmente lábil, irritable, inquieto y tembloroso, con posibilidad de conducta violenta, tampoco puede conducir.
- ▶ Se desaconseja la conducción en los 6 primeros meses de recuperación clínica por la seguridad del paciente.
- ▶ Los pacientes que consumen alcohol y drogas no pueden conducir.

### 3. TRASTORNOS NEURÓTICOS OBSESIVOCOMPULSIVOS...



- ▶ Es difícil desaconsejar la conducción a los pacientes con síntomas de estrés posttraumático, por lo que el médico debe buscar ayuda en los familiares o amigos cercanos para evitar que conduzcan y cumplan la terapia.

#### Consejo sobre neurosis histérica

- ▶ El paciente que padece neurosis histérica sintomática con alteraciones motoras y sensoriales no puede conducir. Tampoco el paciente que sufre alucinaciones visuales o auditivas.
- ▶ Las alteraciones de la conciencia y la amnesia imposibilitan la conducción.
- ▶ Los pacientes conductores deben conocer los efectos secundarios en la conducción de todos los medicamentos prescritos, pues la mayoría producen somnolencia y lentitud en la capacidad de reacción.
- ▶ Las reacciones adversas son más frecuentes en la primera semana de tratamiento, por lo que en muchos casos se desaconseja la conducción en este periodo.
- ▶ Es importante que el horario de la toma de medicamentos se realice con la mínima interferencia en los trayectos habituales del paciente.
- ▶ El paciente conductor tiene que saber que no debe conducir de noche y que no puede beber alcohol en ningún caso.
- ▶ Si al conducir comienza con síntomas sensoriales o motores, debe parar el vehículo y pedir ayuda. No puede forzar la conducción, pues el riesgo de perder el control del vehículo es muy alto.
- ▶ El paciente, aunque se encuentre bien, no debe conducir solo, sobre todo en viajes largos o en recorridos no habituales.
- ▶ Una persona de confianza que conozca su problema y pueda prestarle ayuda es un buen compañero de viaje para poder conducir con más tranquilidad.



## 4. TRASTORNOS POR SOMATIZACIÓN E HIPOCONDRIA, Y SU INFLUENCIA EN LA CONDUCCIÓN

### TRASTORNO POR SOMATIZACIÓN

Es la enfermedad neurótica caracterizada por la aparición de síntomas múltiples somáticos, incluyendo los que se manifiestan en la histeria de conversión clásica.

Alrededor del 25% de todas las patologías conocidas tienen una base u origen psicósomático, es decir, están producidas por factores psicológicos o personalidad alexitímica, entendida esta por la dificultad del paciente para exteriorizar los problemas psicológicos, lo que deriva en trastornos biológicos.

Son pacientes dependientes con manifestación de ira ante las frustraciones, y cuyos síntomas constituyen una petición de ayuda y atención para ser cuidado en todos los aspectos de la vida del paciente.

Los síntomas suelen caracterizarse por cefaleas, náuseas, vómitos, dolor abdominal, alteraciones digestivas, astenia, síncope, etc.

Se asocia con frecuencia ansiedad y depresión, y pueden manipular a los demás con amenazas e intentos de suicidio. Con el paso de los años, en algunos casos, se intensifica la depresión con riesgo real de suicidio.

El tratamiento es muy difícil y la medicación no ayuda de forma significativa.

Resulta favorable la actuación del médico escuchando al paciente y atendiendo sus posibles componentes psicológicos y de estado emocional, lo que permite reducir el número de fármacos y sustituirlos por una atención más emocional.

### NEUROSIS HIPOCONDRIACA

Es la neurosis caracterizada por una preocupación por las funciones corporales y miedo por estar sufriendo una enfermedad grave.

Los síntomas son muy variados y ricos en detalles, relacionados con vísceras abdominales, tórax, cabeza y cuello. Los pacientes intensifican las sensaciones corporales con una localización definida.

A menudo, los síntomas se asocian a depresión endógena y desaparecen cuando se alivia el trastorno afectivo.

El curso es crónico y su asociación con depresión es de peor pronóstico para la enfermedad afectiva de base.

La hipocondría es muy resistente al tratamiento, aunque el paciente puede mejorar con el apoyo médico y familiar.

## 4. TRASTORNOS POR SOMATIZACIÓN E HIPOCONDRIA...

**Consejo sobre trastorno por somatización**

- ▶ Son pacientes complejos en los que es difícil desaconsejar la conducción, por lo que se requiere apoyo familiar.
- ▶ Si el paciente tiene riesgo de sufrir un síncope, no puede conducir.
- ▶ La angustia incapacita la conducción, y las amenazas de suicidio deben alertar de la posibilidad de llevarlo a cabo, por lo que no pueden conducir en estas situaciones.
- ▶ Si no se consigue que estos pacientes dejen de conducir, al menos que lo hagan acompañados de una persona de confianza que conozca su problema y le transmita tranquilidad y control de la situación.
- ▶ En casos graves, se debe ocultar el vehículo y las llaves del mismo.

**Consejo sobre neurosis hipocondriaca**

- ▶ Si el trastorno afectivo es intenso no pueden conducir.
- ▶ El miedo por estar sufriendo una grave enfermedad les incapacita para desarrollar sus tareas habituales, incluida la conducción.
- ▶ Si el paciente hipocondriaco sufre ideas obsesivas de estar sufriendo una enfermedad grave que interfiera con la conducción, se le desaconseja conducir hasta que los síntomas se encuentren controlados y no resten seguridad al volante.
- ▶ La ansiedad no controlable disminuye la capacidad al volante e incapacita la conducción.
- ▶ Los pacientes conductores deben conocer los efectos secundarios en la conducción de todos los medicamentos prescritos, pues la mayoría producen somnolencia y lentitud en la capacidad de reacción al volante.
- ▶ Las reacciones adversas son más frecuentes en la primera semana de tratamiento, por lo que en muchos casos se desaconseja la conducción en este periodo.
- ▶ Es importante que el horario de la toma de medicamentos se realice con la mínima interferencia en los trayectos habituales del paciente.
- ▶ Si al conducir comienza con síntomas que limitan la conducción, debe parar el vehículo y pedir ayuda.
- ▶ El paciente, aunque se encuentre bien, no debe conducir solo, sobre todo en viajes largos o en recorridos no habituales.
- ▶ Una persona de confianza que conozca su problema y pueda prestarle ayuda es un buen compañero de viaje para poder conducir con más tranquilidad.





## 5. TRASTORNOS POR DÉFICIT DE ATENCIÓN, SÍNDROME DE TOURETTE Y SU INFLUENCIA EN LA CONDUCCIÓN

### SÍNDROME DE TOURETTE

El 1% de las personas sufren tics crónicos diversos, con múltiples presentaciones, y que pueden ser bien fónicos, como motrices simples o complejos.

El paciente aprende a contener el tic, pero a cambio en el esfuerzo sufren distracción e incomodidad producidas por el estímulo no satisfecho.

El estrés, la ansiedad, la fatiga o el intenso nerviosismo personal lo pueden desencadenar.

Suele asociarse este síndrome a hiperactividad con déficit de atención.

Otros posibles problemas neurológicos asociados son la pérdida del control de impulsos, ideas obsesivas y comportamientos compulsivos, discapacidades de aprendizaje, dificultades de organización, planificación, toma de decisiones y del cumplimiento de normas.

Sufren ansiedad, fobias, ataques de pánico, depresión y trastornos del sueño. A veces, muestran ataques de furia repentinos.

Puede ser útil el tratamiento con agonistas alfa adrenérgicos como guanfacina, neurolépticos como el haloperidol y benzodiazepinas como el clonazepam.

### TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON O SIN HIPERACTIVIDAD (TDA-H)

El TDAH es un trastorno evolutivo de la conducta que provoca problemas de concentración y autocontrol de la inhibición de comportamientos.

El déficit de atención, por tanto, supone un desorden organizativo en el tiempo y de falta de planificación de las acciones.

Conlleva trastornos de la conducta que dificultan la relación social y familiar, la adaptación al mundo escolar y el consiguiente fracaso académico.

El TDAH afecta a 1 de cada 20 niños. No suele diagnosticarse hasta los dos años de su aparición, lo que revierte negativamente en la calidad de vida del niño al no tratarlo adecuadamente desde su inicio.

El retraso en la adquisición del lenguaje, así como la falta de concentración, de rutinas de sueño o alimentación, son sólo algunas de las graves consecuencias de este trastorno. Éstas repercuten a su vez en el estado anímico del niño, provocándole ansiedad, baja autoestima, inadaptación social y fracaso escolar.

La prescripción de fármacos para el tratamiento del déficit de atención y trastornos de hiperactividad aumenta en adultos a un ritmo superior que en niños.

## 5. TRASTORNOS POR DÉFICIT DE ATENCIÓN, SÍNDROME DE TOURETTE...



Así, entre 2000 y 2004, el uso de los fármacos para el tratamiento de esta enfermedad se multiplicó por dos entre los pacientes con edades comprendidas entre los 20 y los 44 años. En el caso de las mujeres, la proporción es incluso mayor.

Por todo ello, el uso de los fármacos indicados contra el déficit de atención y la hiperactividad se ha cuadruplicado.

El metilfenidato actúa mejorando la función alterada y favoreciendo la intervención social, el comportamiento y potenciando la autoestima del paciente que puede realizar tareas que antes no podía.

En pacientes con TDA-H el tratamiento es beneficioso para centrar la atención, pero en las personas normales la efectividad disminuye progresivamente y puede producir reacciones psicóticas.

Los efectos secundarios del medicamento son cefaleas, anorexia, insomnio, ansiedad y a veces aparición de tics o empeoramiento de éstos. También puede haber un efecto rebote con agravamiento de los síntomas, que suelen ser transitorios y a la larga desaparecer.

La atomoxetina es considerada como una opción terapéutica de primera línea, que ofrece un control de los síntomas diarios, sin producir insomnio en la mayoría de los niños y adolescentes.

La unión de fármacos, terapia cognitivo-conductual y terapia psicopedagógica, mejora los resultados.

### Consejo sobre síndrome de Tourette

- ▶ Los tics que interfieren la conducción, generalmente por sus características motoras, impiden la conducción.
- ▶ Se desaconseja la conducción a los pacientes con tics que se acompañan de angustia y alteraciones de la conducta, así como a los enfermos con tics y alteraciones neurológicas asociadas que disminuyan la capacidad al volante.
- ▶ En los pacientes con evidente trastorno de atención se les recomienda que no conduzcan hasta que la evolución clínica favorable se lo permita.
- ▶ Los pacientes conductores deben conocer los efectos secundarios en la conducción de todos los medicamentos prescritos, pues la mayoría producen somnolencia y lentitud en la capacidad de reacción al volante.
- ▶ Las reacciones adversas son más frecuentes en la primera semana de tratamiento, por lo que en muchos casos se desaconseja la conducción en este periodo.
- ▶ Es importante que el horario de la toma de medicamentos se realice con la mínima interferencia en los trayectos habituales del paciente.
- ▶ El paciente conductor tiene que saber que no debe conducir de noche y que no puede beber alcohol en ningún caso.

### Consejo sobre trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDA-H)

- ▶ Se desaconseja la conducción a los pacientes que manifiesten falta de atención, concentración, alteraciones de la conducta e incapacidad para seguir las normas.



## 5. TRASTORNOS POR DÉFICIT DE ATENCIÓN, SÍNDROME DE TOURETTE...

- ▶ Los niños con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad son peatones que pueden ocasionar problemas en la circulación, por no respetar las normas de cruce de calle y no prestar atención a los vehículos con riesgo de atropello.
- ▶ Son niños que deben ir acompañados de una persona responsable que les enseñe continuamente las normas y les estimule en su aprendizaje.
- ▶ Estos pacientes deben conocer los efectos secundarios de los medicamentos que pueden interferir con la conducción en los adultos tratados.

## 6. EL CONDUCTOR DEPRESIVO AL VOLANTE

Según la Organización Mundial de la Salud, dentro de quince años la depresión será la segunda causa de discapacidad en todo el mundo, sólo superada por las enfermedades cardiovasculares.

En España, es una enfermedad que puede llegar a afectar a cerca del 10% de la población. Aproximadamente, una de cada cinco personas presentará un trastorno del estado de ánimo a lo largo de la vida, siendo esta proporción aún mayor en las poblaciones de riesgo, con enfermedades o adicciones.

La OMS constató en un ensayo en 14 países que hasta el 10% de los pacientes que acuden a sus centros asistenciales pueden padecer depresión, con gran impacto social por el alto índice de suicidios, cronicidad en el 15-20% de los casos e incremento de la mortalidad debido a su asociación a enfermedades crónicas.

La depresión afecta al 9% de las mujeres, casi tres veces más que los hombres debido a factores hormonales y circunstancias de género. Puede aparecer en cualquier edad de la vida, siendo más frecuente en adultos jóvenes.

La depresión tiene un impacto muy negativo en quienes la sufren, pues un trastorno depresivo no diagnosticado corre el riesgo de convertirse en crónico y acompañar a la persona afectada a lo largo de toda su vida.

La persona que padece depresión siente una angustiante imposibilidad de cumplir con sus tareas diarias, incluida la conducción, como lo haría de forma normal.

En muchos casos, expresa su estado de ánimo como “un vacío” en su interior. Y al no poder cumplir con sus compromisos laborales, sociales y personales, desarrolla una “angustia vital” ante tal incapacidad.

En cualquier consulta médica, la mitad de los pacientes que padecen depresión no son diagnosticados. Dicha dificultad diagnóstica se debe a su asociación con muchos síntomas somáticos.

Hay dos síntomas característicos de la depresión que son la tristeza persistente y la pérdida de motivación e interés sostenida. Otros síntomas asociados con frecuencia son fatiga, insomnio, baja autoestima, falta de concentración, irritabilidad y dolores variados.

El pensamiento tiene un curso lento, de contenido pobre, negativo, con ideas de culpa y ruina, falta de concentración e ideas de suicidio.

La conducta se manifiesta con una hipotonía generalizada, astenia, inhibición psicomotora, agitación en los casos graves y llanto.

### FACTORES PREDISPONENTES

Los cuadros depresivos en las edades avanzadas parecen pseudodemenciales por la escasa colaboración del paciente que simula una pérdida cognitiva. No obstante, es frecuente la asociación de demencia y depresión.





## 6. EL CONDUCTOR DEPRESIVO AL VOLANTE

Ciertas enfermedades orgánicas se asocian con frecuencia a cuadros depresivos, como la enfermedad de Parkinson, el hipotiroidismo, el hipo o hiperparatiroidismo, la insuficiencia suprarrenal, la anemia perniciosa, la porfiria, la enfermedad de Wilson, los tumores intracraneales y el carcinoma de páncreas.

Múltiples medicamentos puede producir depresión como reserpina, alfametildopa, clonidina, propranolol, corticosteroides, anovulatorios o barbitúricos.

### TRATAMIENTO

La persona depresiva debe aprender pautas de estilo de vida saludables en cuanto a comidas, horarios y relaciones personales.

El tratamiento farmacológico se basa en medicamentos antidepresivos. El inicio de la mejoría clínica se produce, por lo general, a partir de la tercera semana de instaurar la dosis completa.

En el caso de que con tratamiento antidepresivo a dosis completa no se produzca mejoría en un plazo de 8 semanas, es necesario el tratamiento de la depresión con la ayuda de profesionales de salud mental.

La incidencia de síntomas depresivos en mayores de 64 años es alta. Se ha demostrado que el tratamiento con fármacos antidepresivos asociados a psicoterapia de apoyo obtiene una mejoría cercana al 80% en este grupo de pacientes.

### Consejo sobre depresión

- ▶ Una vez establecido el contacto con el paciente depresivo, el médico debe citarle cada 1-2 semanas, para valorar su evolución y poder comentar sus sensaciones, recordándole que no debe conducir hasta que expresamente le sea permitido.
- ▶ El médico debe conocer la opinión del paciente por si en alguna visita necesita prescribirle fármacos antidepresivos.
- ▶ El enfermo debe conocer las reacciones adversas de los medicamentos, más notables en las primeras semanas de medicación, el riesgo de toxicidad y, por último, deberá comprometerse del adecuado cumplimiento de la pauta médica.
- ▶ El paciente no puede conducir, aunque anímicamente se encuentre mejor, hasta que el médico le informe que su medicación es efectiva, la dosis correcta y los efectos secundarios no limitan su capacidad al volante.
- ▶ El enfermo no puede interrumpir el tratamiento antidepresivo de forma brusca, si nota algún inconveniente o reacción adversa, debe acudir inmediatamente a consulta, evitando en este lapso de tiempo la conducción.
- ▶ Se sabe que dos tercios de los pacientes abandonan los medicamentos prescritos por su médico en el primer mes de tratamiento. El seguimiento de estos pacientes es fundamental para evitar su incapacidad al volante, tanto por la enfermedad, como por el tratamiento recomendado.



**7. EPISODIO MANIACO, TRASTORNO BIPOLAR...****7. EPISODIO MANIACO, TRASTORNO BIPOLAR Y SU REPERCUSIÓN AL VOLANTE**

El episodio maniaco es un periodo delimitado y persistente, durante el cual hay un estado de ánimo anormalmente elevado, expansivo o irritable, menos frecuente que el depresivo y relativamente fácil de detectar.

El paciente nota aumento de la actividad o intranquilidad física, verborrea, fuga de ideas, aumento de la autoestima que puede llegar a ser delirante, disminución de la necesidad de dormir, distracción y realización de actividades arriesgadas con posibles consecuencias negativas, sin que esto último sea reconocido por él.

Se considera episodio maniaco si esta alteración es lo suficientemente grave como para provocar un notable deterioro en la vida laboral o social, o como para requerir hospitalización. Si no, el caso es hipomaniaco.

El trastorno bipolar alterna episodios maniacos y depresivos, puede ser grave y requiere atención especializada y tratamiento farmacológico de mantenimiento en muchos casos.

Los estados mixtos maniaco-depresivos se caracterizan por humor excitado y disfórico, insomnio severo, inquietud psicomotora, taquipsiquia, ideas suicidas, grandiosidad, delirios de persecución, alucinaciones auditivas y confusión. El abuso de alcohol y sedantes favorece estos estados mixtos.

La ciclotimia se caracteriza por una alteración crónica del estado de ánimo, con episodios de hipomanía con irritabilidad y disminución del sueño, y otros de humor deprimido con aumento del sueño.

El tratamiento de los pacientes maniacos agudos se basa en reducir el grado de estímulo ambiental y en la protección de ellos mismos y de los demás de las consecuencias de su conducta irresponsable. A veces, se requiere ingreso hospitalario.

**LITIO Y SUS EFECTOS COLATERALES**

El tratamiento con litio es fundamental respondiendo el 60-70% de los pacientes bipolares.

El litio, por su acción directa, no produce sedación, ni de forma ordinaria alteración cognitiva; cuando ésta ocurre, a menudo se debe al hipotiroidismo inducido por el litio.

Los efectos colaterales benignos agudos del litio son temblor, náuseas, diarrea, fasciculación, poliuria y polidipsia.

Los efectos tóxicos del litio se manifiestan por temblor grosero, cefalea persistente, vómitos y confusión mental, que pueden progresar a estupor, convulsiones y arritmias cardíacas.

Los pacientes compensados con humor relativamente estable precisan control del litio sérico para evitar intoxicación y vigilancia de las hormonas tiroideas que descarte hipotiroidismo.



## 7. EPISODIO MANIACO, TRASTORNO BIPOLAR...



### OTROS MEDICAMENTOS

La alternativa al litio en un paciente maniaco no cumplidor y pendenciero es una fenotiazina de acción prolongada. Debido a los riesgos de discinesia tardía, debe sustituirse por litio lo antes posible.

También son útiles los neurolépticos de acción prolongada en administración intermitente, así como la carbamazepina o el ácido valproico, según indicación de los médicos especialistas.

### PSICOTERAPIA

La psicoterapia individual sumada al tratamiento con litio aporta un enfoque práctico que ayuda al paciente a enfrentarse mejor con sus problemas vitales y a ordenar su vida, ajustada a su nueva identidad.

Es importante ayudar a los pacientes a evitar el consumo de alcohol y fármacos estimulantes, a disminuir la falta de sueño y a reconocer los signos de recaída de su enfermedad.

#### Consejo sobre episodio maniaco y trastorno bipolar

- ▶ Los pacientes con episodios maníacos no pueden conducir.
- ▶ Dada la dificultad para que el enfermo comprenda la trascendencia de sus actuaciones, se desaconseja la conducción hasta que el tratamiento recomendado controle las manifestaciones clínicas.
- ▶ La familia o las personas cercanas deben colaborar impidiendo que estos pacientes maníacos accedan a vehículo alguno, hasta que el médico lo considere oportuno.
- ▶ Los peatones con episodio maniaco pueden no respetar las normas y ser víctimas de atropello. Son pacientes que deben transitar acompañados de una persona responsable conocedora de su problema.
- ▶ Los conductores con personalidad hipomaniaca crónica, caracterizada por excesiva confianza y seguridad, irritabilidad, optimismo exagerado y tendencia a precipitarse impulsivamente, disminuyen claramente la seguridad del tráfico.
- ▶ Los pacientes con hipomanía pasan más desapercibidos y por tanto pueden tener más incidencias negativas en la conducción, porque con frecuencia no se les desaconseja conducir.
- ▶ Es muy importante que sepan tanto el paciente como sus familiares los efectos secundarios que presentan los medicamentos prescritos, que pueden limitar la conducción, aunque el paciente tenga controlado el estado de ánimo.
- ▶ El paciente con humor estable por el tratamiento médico, sin efectos colaterales de su medicación y controles séricos normales debe saber, por los acercamientos de la psicoterapia, que si al conducir comienza con síntomas de excitabilidad, debe aparcar el vehículo y pedir ayuda.
- ▶ El paciente maniaco o con trastorno bipolar sólo puede conducir si su médico, después de un periodo prolongado de seguimiento con tratamiento y sin efectos secundarios, considera que es responsable al volante e informa de ello por escrito.



## 8. ESQUIZOFRENIA, ENFERMEDAD PARANOIDE Y SUS LIMITACIONES EN LA CONDUCCIÓN

### ESQUIZOFRENIA

Los trastornos esquizofrénicos son alteraciones mentales con tendencia a la cronicidad, que alteran el funcionamiento, y se caracterizan por síntomas psicóticos con trastornos del pensamiento, de la percepción, de los sentimientos y de la conducta.

Afectan aproximadamente al 1% de la población, y es una enfermedad que hace muy difícil llevar a cabo una vida totalmente independiente.

Son significativos los cambios emocionales, las alucinaciones, los delirios y, en ocasiones, la conducta violenta.

Las alteraciones del movimiento oscilan desde la hiperactividad y la excitación notables, hasta el retardo pronunciado e incluso el estupor y el mutismo.

En el primer episodio de la enfermedad o en una recidiva aguda, generalmente está indicada la hospitalización para conseguir el diagnóstico preciso, la estabilización del tratamiento y proteger al paciente y a los que le rodean.

Los síntomas pueden controlarse casi siempre, pero la alteración emocional puede ser intratable. La remisión parcial puede ser compatible con un ajuste vital razonable.

Con el tratamiento, una psicosis activa generalmente se controla en 4-8 semanas, aunque los efectos residuales de variable intensidad pueden persistir durante semanas o meses, hasta la mejoría.

La recaída es frecuente si no se mantiene un correcto seguimiento y tratamiento médico, y las alteraciones residuales pueden aumentar entre los episodios.

Tras el primer episodio de esquizofrenia, cerca del 25% de los pacientes se recupera por completo en el plazo de 5 años, dos tercios tendrán múltiples episodios con alguna discapacidad entre ellos, y entre el 10-15% desarrollará una incapacidad grave permanente.

El pronóstico favorable se asocia a una personalidad premórbida buena con funcionamiento social adecuado, presencia de acontecimientos desencadenantes, instauración brusca, aparición en etapa tardía de la vida, cuadro clínico que incluya confusión o perplejidad, e historia familiar de trastorno afectivo.

### ENFERMEDAD PARANOIDE

Son estados de elevación de la conciencia del "Yo" con una notable tendencia a la autorreferencia y a la proyección de las propias ideas inconscientes del paciente a los demás.

Antes de desarrollarse la psicosis, el paciente paranoide puede haber reaccionado en numerosas situaciones con orgullo herido y amargo, llevando a cabo un análisis excesivo de sus sensaciones, que le vuelven exacerbado y desdeñoso al discutir sus problemas.

## 8. ESQUIZOFRENIA, ENFERMEDAD PARANOIDE Y SUS LIMITACIONES...



Puede idear que sus fracasos se deben a la enemistad de los demás, creyendo que las personas le menosprecian, y esta situación es peligrosa, pues aumenta su resentimiento y defiende sus sospechas enérgicamente. Pueden producirse, o no, alucinaciones.

Un paciente es psicótico si sus creencias no pueden corregirse, si tienden a extenderse y si son completamente ilógicas y causan una alteración funcional importante.

El desarrollo rápido de una enfermedad paranoide, en una personalidad bien adaptada, debe excluir un trastorno orgánico subyacente debido a enfermedad general como hipotiroidismo, enfermedad cerebral o toxicidad por fármacos como anfetaminas.

Los fármacos antipsicóticos con frecuencia reducen los síntomas, pero es rara la remisión completa incluso con tratamiento prolongado. Los pacientes son reacios a medicarse a largo plazo y cumplen mal la terapia.

### Consejo sobre esquizofrenia

- ▶ La esquizofrenia tiene consecuencias graves en la conducción.
- ▶ La legislación española no permite obtener o prorrogar la licencia para conducir a las personas que sufren este trastorno, que provoca alteraciones del pensamiento, comportamiento desorganizado, alucinaciones y delirios. No obstante, los avances en el tratamiento de la enfermedad han creado nuevas expectativas de integración de estos pacientes.
- ▶ Se recomienda intentar administrar los medicamentos antipsicóticos por vía intramuscular mejor que oral, para conseguir que el mantenimiento del tratamiento sea independiente del control del paciente y, por tanto, más seguro. Por este motivo, el Reglamento General de Conductores establece, con carácter excepcional y con el dictamen favorable de un psiquiatra o psicólogo, la obtención o prórroga del permiso con una vigencia máxima de un año.

### Consejo sobre enfermedad paranoide

- ▶ El enfermo paranoide, antes de desarrollar la psicosis, puede considerar enemigos o perseguidores a los conductores del entorno y llevar a cabo conductas peligrosas no controlables.
- ▶ Puede considerar que le menosprecian al volante o le dificultan el desarrollo de maniobras como el adelantamiento, el aparcamiento o ceder el paso.
- ▶ La enfermedad paranoide producida por un trastorno orgánico subyacente debido a enfermedad general mejorará al tratar la enfermedad de base, pero se desaconseja la conducción hasta que el episodio clínico se encuentre controlado y el médico informe en este sentido.
- ▶ El enfermo psicótico paranoide no puede conducir.
- ▶ El tratamiento médico con remisión completa de los síntomas, durante un periodo amplio de seguimiento, permitirá recuperar con carácter excepcional y con el dictamen favorable de un psiquiatra el permiso de conducción, durante el periodo que fije el médico.

## 9. CONDUCTA SUICIDA Y SU INFLUENCIA EN LA CONDUCCIÓN

### 9. CONDUCTA SUICIDA Y SU INFLUENCIA EN LA CONDUCCIÓN

La conducta suicida comprende tanto el suicidio consumado como el intento de suicidio. El 20% de los individuos con tentativa de suicidio repiten el intento al cabo de un año y el 10% finalmente lo consigue.

En España se producen 10,7 suicidios consumados al año por cada 100.000 habitantes, y detrás de cada suicidio hay al menos nueve casos de tentativa.

España es uno de los países europeos con la tasa de suicidio más baja, con unos 4.500 suicidios anuales.

Las estadísticas subestiman la incidencia real, aun así, el suicidio se encuentra entre las diez primeras causas de muerte en adultos en las ciudades.

Representan cerca del 10% de las muertes entre los 25 y 34 años y el 30% de las muertes entre estudiantes universitarios. Es la segunda causa de muerte en adolescentes.

Más del 70% de los suicidios consumados los realizan personas mayores de 40 años, y la incidencia aumenta bruscamente por encima de los 60 años, sobre todo en varones.

Cerca del 65% de los intentos de suicidio los realizan personas menores de 40 años, y son más frecuentes en mujeres, y en varones solteros en la tercera década. Los varones tienen más éxito en los intentos de suicidio.

Los médicos generales controlan el 80% de los pacientes con trastornos psiquiátricos o del comportamiento, y sólo los cuadros psicológicos de mayor complejidad o riesgo son derivados al especialista.

El diagnóstico temprano mejora en más de un 90% los procesos psiquiátricos de comportamiento suicida.

La conducta destructiva directa habitualmente incluye pensamientos suicidas, intentos de suicidio y suicidios consumados.

La conducta autodestructiva indirecta se caracteriza por emprender riesgos que ponen en peligro la vida sin intención de morir, por lo general repetidos y a menudo inconscientes, de forma que las consecuencias pueden destruir al individuo.

Esta última conducta se observa en el excesivo consumo de alcohol, medicamentos, tabaco, alimentos, automutilación, adicción a las intervenciones quirúrgicas, conducta criminal y comportamiento peligroso con el tráfico, incluyendo los conductores suicidas.

El consumo de medicamentos es el método más común de intento de suicidio, aumentando el empleo de fármacos psicótrópos para ello. A veces, se combinan buscando interacciones graves.

¿Cuántos fallecidos por accidente de tráfico son en realidad suicidios? La pérdida voluntaria del control del vehículo con resultado de muerte puede ser frecuente.





## ETIOLOGÍA

Los factores causales principales del suicidio comprenden trastornos mentales como depresión y esquizofrenia, factores sociales de desilusión y pérdida, personalidades con elevados niveles de impulsividad y agresividad, y enfermedades físicas.

El alcohol puede predisponer a los actos suicidas al disminuir el autocontrol y agravar la intensidad de toda oscilación depresiva. Cerca del 30% de los pacientes que intentan el suicidio han consumido alcohol antes del acto y la mitad de éstos se encontraban embriagados.

Los pacientes con enfermedad cerebral orgánica, demencia o epilepsia, sufren con frecuencia episodios breves pero profundos de depresión, que junto al fácil acceso a sus medicamentos, implican un mayor riesgo para la conducta suicida.

Los pacientes con trastorno de la personalidad, sobre todo emocionalmente inmaduros con psicopatía, que toleran poco la frustración y reaccionan con violencia y agresividad, desarrollan con más facilidad conductas suicidas asociadas a menudo al consumo de drogas y alcohol.

El alcoholismo secundario y el abuso de sedantes hipnóticos, así como el exceso de estimulantes o cocaína como autotratamiento, en los trastornos del humor no reconocidos, favorecen el suicidio en ciertas situaciones clínicas.

El suicidio causa alrededor del 15% de las muertes en los trastornos del humor no tratados, y tiende a ocurrir a los 4-5 años del primer episodio clínico.

La fase de recuperación de la depresión, cuando la actividad psicomotora está volviendo a la normal, pero el humor sigue siendo oscuro, es un periodo de mayor riesgo.

Algunas personas inestables encuentran excitación en actividades peligrosas, como la conducta temeraria al volante.

### Consejo sobre la conducta suicida

- ▶ Es importante que los médicos identifiquen a la persona potencialmente suicida, desaconsejar la conducción ante tal sospecha y tratar los factores asociados como alcoholismo, depresión, epilepsia y demencia.
- ▶ Más de la mitad de los suicidas han consultado a su médico en los meses previos, y alrededor del 20% han tenido asistencia psiquiátrica durante el año precedente.
- ▶ Los pacientes con pensamientos suicidas no pueden conducir.
- ▶ Cuando se desaconseje la conducción a un paciente con ideas suicidas, se debe comunicarlo también a sus familiares directos, ya que en esos momentos el enfermo no es responsable de sus actos.
- ▶ Si es necesario, se ocultará el vehículo, hasta que el tratamiento de la enfermedad asociada consiga hacer desaparecer la posible conducta suicida.
- ▶ La depresión no reconocida o inadecuadamente tratada se sospecha que contribuye en el 70% de los suicidios consumados, por lo que el médico debe estar alerta para reconocer al conductor de riesgo. Su actuación temprana con recomendaciones, seguimiento y tratamiento disminuirá los intentos de suicidio.
- ▶ Es posible la asociación entre accidentes de tráfico y suicidio en los conductores de riesgo que deciden utilizar su vehículo como arma letal.

## 9. CONDUCTA SUICIDA Y SU INFLUENCIA EN LA CONDUCCIÓN



- ▶ Los accidentes de tráfico que involucren conductores con conducta suicida y cuyo resultado no sea de muerte deben investigarse, y si se demuestra que dicho conductor pone en riesgo su vida y la de los demás, debe apartarse del tráfico, como conductor y como peatón. Para conseguirlo, hay que desarrollar estrategias de control y seguimiento de los conductores y peatones de riesgo por su conducta suicida, para evitar que pongan en peligro la vida de todos.
- ▶ La valoración psiquiátrica que se suele hacer inmediatamente después de un intento de suicidio debe incluir a los conductores implicados en accidentes de tráfico y sospechosos de conducta suicida.
- ▶ El intento de suicidio siempre debe tomarse en serio, e impide la conducción por las posibles consecuencias devastadoras.
- ▶ El médico debe prestar atención con simpatía hacia el enfermo y mostrar claramente preocupación y compromiso, así como comprensión, por los sentimientos profundos del paciente que le llevaron al intento de suicidio.
- ▶ Como en cualquier otro tipo de emergencia, es mejor llamar al número de emergencia **112**, y no se debe dejar a la persona sola, ni que conduzca, aunque se haya hecho contacto telefónico con un profesional adecuado.
- ▶ Sería conveniente que todas las personas que pidan ayuda por intento de suicidio se les desaconsejase de forma cuidadosa la conducción, entre las recomendaciones específicas de cada caso.
- ▶ La ayuda del médico en los pacientes con conducta suicida conseguirá disminuir los accidentes de tráfico por suicidio consumado o intento de suicidio, mejorando también la seguridad de todos en el tráfico.